

DEPARTAMENTO DE SEGURO ECONÓMICO DE ARIZONA
División de Incapacidades del Desarrollo
PLAN DE APOYO INDIVIDUAL (ISP)
CAMBIOS EN EL PLAN ISP

NOMBRE (<i>Apellido, nombre de pila, inicial</i>)	FECHA
---	-------

Utilice este formulario para describir y documentar cambios en el plan ISP anual.

TIPO DE CAMBIO(S)

Marque todos los aplicables. Si está marcado con asterisco (*), anexe el formulario DDD-1351A, Aviso de acción para suspender, reducir o terminar el servicio.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> OBJETIVO/RESULTADO NUEVO | <input type="checkbox"/> TERMINAR UN SERVICIO* |
| <input type="checkbox"/> DESCONTINUAR OBJETIVO/RESULTADO | <input type="checkbox"/> AGREGAR SERVICIO NUEVO |
| <input type="checkbox"/> REVISAR OBJETIVO/RESULTADO | <input type="checkbox"/> CAMBIAR ACUERDO/ASIGNACION DEL GRUPO |
| <input type="checkbox"/> REDUCIR FRECUENCIA DEL SERVICIO ACTUAL* | <input type="checkbox"/> OTRO (<i>Especifique</i>): _____ |

DESCRIPCION DEL CAMBIO(S)

Describa el cambio(s) específico, por ejemplo escriba el objetivo nuevo o el servicio y las unidades a ofrecerse.

RAZON PARA EL CAMBIO(S)

FIRMA DE LA PERSONA QUIEN HACE EL CAMBIO	FECHA
FIRMA DEL COORDINADOR DE APOYO	TELEFONO

El Coordinador de Apoyo me ha explicado el cambio(s). Entiendo que el servicio es provisional y tal vez requiera aprobación adicional, dependiendo de los requisitos de ALTCS y/o de los fondos estatales. Además entiendo que si no estoy de acuerdo con el cambio(s) y deseo pedir mediación o Revisión Administrativa, tengo que pedirla dentro de 35 días de la fecha de este aviso.

- De acuerdo En desacuerdo Pido una reunión del grupo antes del cambio
 En desacuerdo y pido mediación.
 En desacuerdo y pediré Revisión Administrativa.

Para pedir mediación o Revisión Administrativa como marqué arriba, entrego este formulario a mi Coordinador de Apoyo, o lo presentaré personalmente a través del correo, teléfono, fax o en persona a:

Division of Developmental Disabilities
Compliance and Review Unit
P.O. Box 6123 - Site Code 791A
1789 West Jefferson St., 4th Flr.
Phoenix, Arizona 85005



Teléfono
(602) 542-6859



FAX
(602) 364-2850

Es responsabilidad suya conseguir cualquier asistencia que necesite y presentar su petición dentro del tiempo indicado. Si tiene preguntas, comuníquese con su Coordinador de Apoyo.

FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE	FECHA
---------------------------------	-------

Distribución: Blanca – Archivo del Coordinador, Copia – Persona responsable, Copia – Proveedor

Bajo la Ley de Estadounidenses con Incapacidades (ADA), el Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con alguna incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento habrá de proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad. Para obtener este documento en otro formato, llame al 602.542.6825.